

第99回日本精神神経学会総会

シンポジウム

介護保険制度の問題点と見直しへの提言

遠藤 英俊 (国立療養所中部病院内科)

1. はじめに

現在、超高齢社会化に伴い要介護高齢者も急増している。介護保険の導入はその超高齢社会へ対応した社会保障改革の一つであった。特に介護保険制度の開始とともに福祉の分野において大きな改革が同時に行われた。これは「福祉のビッグバン」ともいわれ、多大な変化を迎えた。また医療と福祉が連携を深める方向で社会が変わってきている。この制度において民間介護サービスの充実と介護支援サービス（ケアマネジメント）の導入は画期的であった。これを主に動かすのが介護支援専門員である。また民間サービスもサービスによっては2倍以上の供給量となり、サービスの充実につながっている。しかし一方介護保険制度には低所得者の対策、介護支援専門員の質の向上などいぜん課題があることはいうまでもない。

介護保険制度はいくつかの修正を経て、概ね順調に経過している。しかし一方介護保険収支が赤字の保険者もでてきており、介護保険制度の改定の時期にあたり、介護保険の今後の方向性を決める重要な節目を迎えている。平成15年4月には要介護認定の見直し、介護保険料や介護給付費の見直しなどが行われ、さらには平成17年には法律そのもの見直しも予定されている。こうした介護保険の現状と課題についてまとめる。

2. 介護保険の現状

介護保険のねらいは高齢者の自立と自立支援や介護の社会化であったが、一朝一夕には解決しない。民間活力の活用は進んでいるものの、地域ケ

アの充実と在宅療養はまだ問題が山積している。また介護保険制度は医療保険財政の補完的な意味があった。社会的入院を減少させる目的があったが、現実には施設利用希望者が激増している。医療と福祉サービスの連携を進める必要がある。

介護保険の利用者は年々増加しており、居宅介護サービス受給者数は168万を超え施設介護サービス受給者数は68万人、介護老人福祉施設は32万人、介護老人保健施設は25万人、介護療養型医療施設（療養病床）は11万人である。

介護保険は被保険者の増加、民間サービス事業者の増加も順調に推移している。介護サービスの利用者数は、2年半で約100万人増加（67%）し、特に在宅サービスの利用者が大幅に増加（84%）した。図1には要介護者の分布を示した。要介護1が最も多くを占めている。また図2に民間サービスである通所介護、訪問介護の年次推移を示した。図3に読売新聞にのった介護保険1年後のアンケート結果を示した。その具体的によかった内容を図4に示した。

介護保険制度で指定されている介護サービスの中で訪問看護は要介護4、5が中心に利用されており、訪問介護（要支援、1、4、5）、訪問入浴介護（要介護4、5）、訪問リハビリ、通所介護と通所リハ、短期入所生活介護と短期入所療養介護、居宅療養管理指導、グループホーム（痴呆対応型共同生活介護）、福祉用具の貸与などがある。

介護サービスの変化の傾向としては、在宅サービスは増加しつつあり、個人ベースの変化としては介護保険導入後にサービス量が増加したが

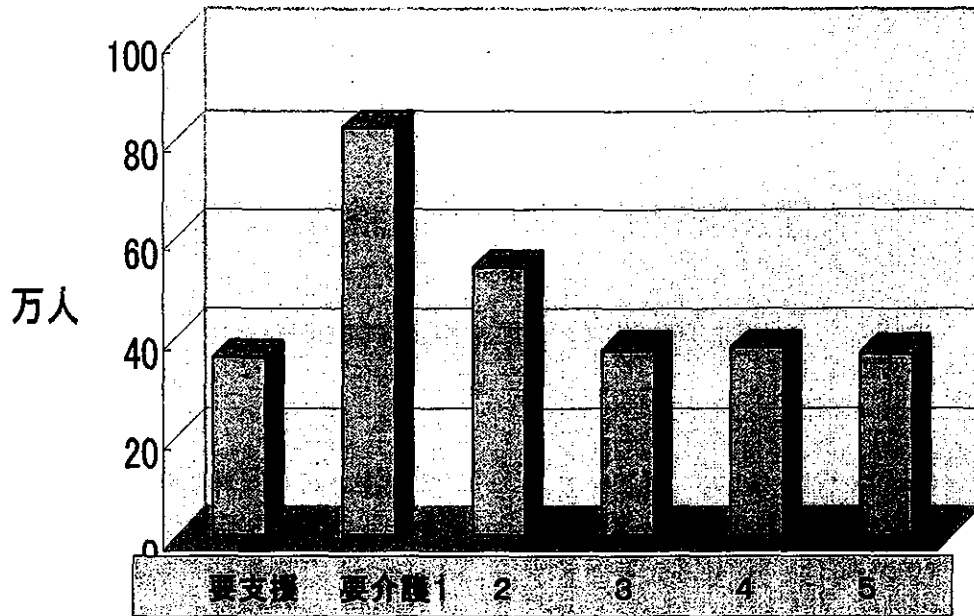


図1 要支援・要介護認定者数 (2001.11)

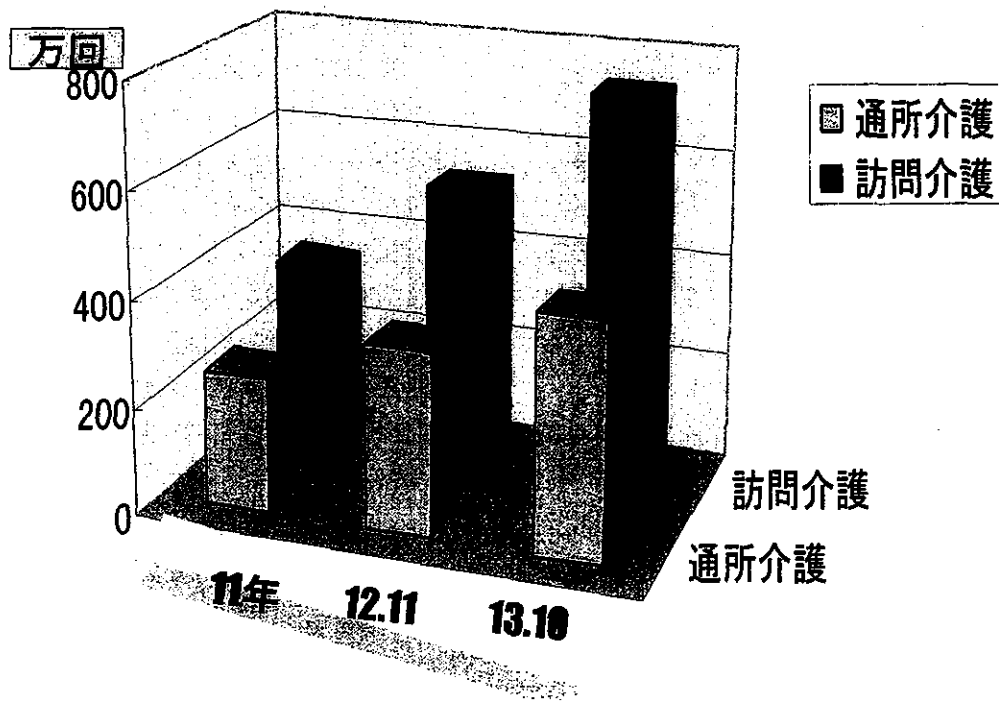


図2 介護保険導入前後のサービスの比較

67.5%，サービス量は変化なしが14.8%，サービス量が減少したが17.7%である。一方福祉用具購入費などは平成12年で85%増加し，サービスの質の確保が課題であり，評価の検討（自己評

価，外部評価の導入）が行われている。不正請求の増加もみられ，指定の取り消しなどの処分も行われている。

介護サービスの基盤整備としては基盤整備はさ

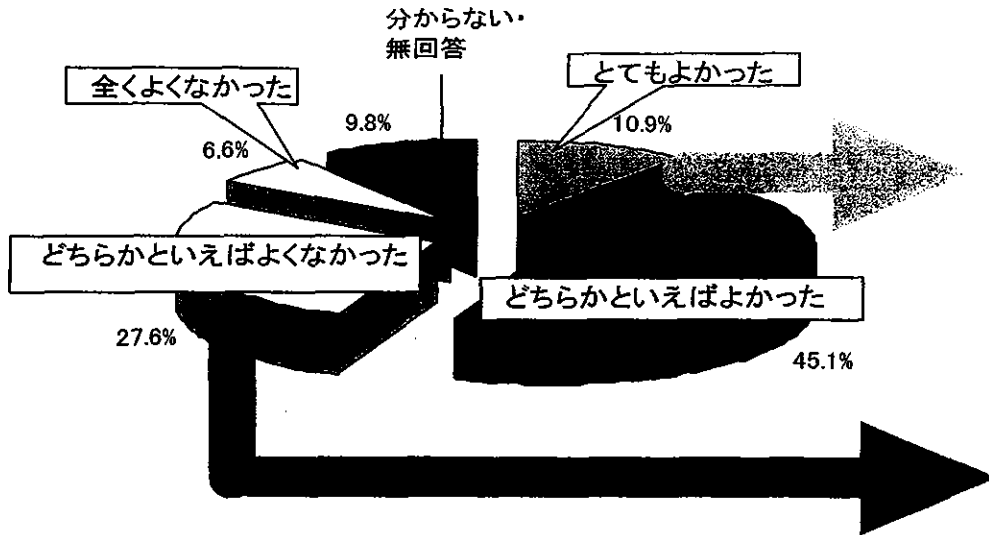


図3 介護保険の感想 (読売新聞より)

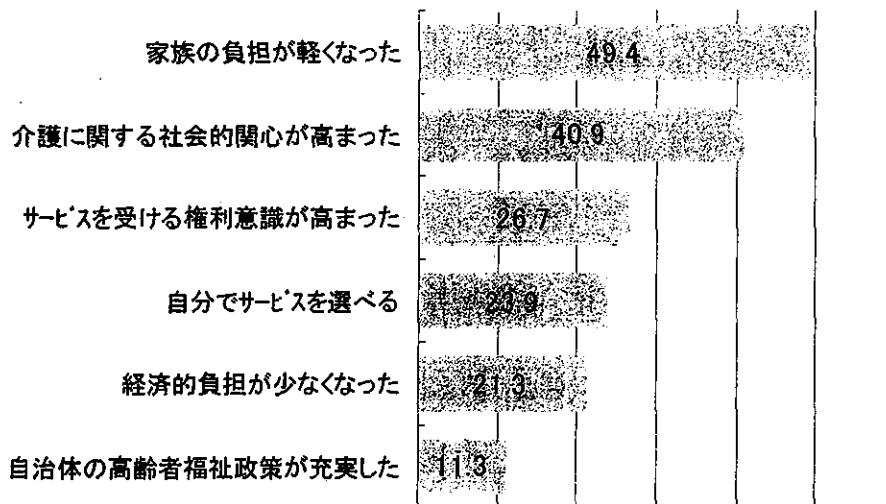


図4 介護保険がよかった点

らに増加しつつあり、全室個室、ユニットケアを特徴とする新型特養の整備（ホテルコストの導入）がされている。またケアハウスの整備（PFI方式）も行われている。

介護保険制度による福祉の変化としては介護支援専門員に身近に相談できるようになったとか、サービス事業者の数が増加した。デイサービス、デイケア、ショートステイの利用が増加した、その結果在宅介護がしやすくなったとか、施設利用がしやすくなった。その結果サービスの向上が進

んだ¹⁾。

介護保険制度として、医療の変化としては医療と福祉の距離は短くなった。主治医意見書を記入することで要介護者の診断が可能となっている。介護サービスは在院日数の短縮に有用である。複合体化が進んだ、サービスの向上が進みつつある。

3. 介護保険制度の問題点

現在の大きな問題点としては介護支援専門員の資質の向上とサービスの充実である。制度上では

介護保険料の値上げに対する低所得者対策の充実も必要である。また施設入所希望者が増加し、在宅療養の困難さが明らかになってきている。これが現在の介護保険制度の限界を示している。つまり介護者の支援もふくめ在宅介護の支援こそが鍵となるであろう。また痴呆介護の充実も必要である。高齢者痴呆介護研究研修センターの活動も充実してきているが、さらに高齢者虐待対策も今後の課題であろう。また新たに痴呆症の治療、予防も重要であることはいうまでもないが、その中でも痴呆症の介護予防が重要である。

さらに介護支援専門員の現任研修の充実、痴呆介護の充実、第3者評価などによりサービスの向上にむけての変革がなされていく必要がある。介護支援専門員の課題と今後としては在宅ケアにおいてケア担当者会議を開催しにくいことがあり、ケアプランが上手にできていない場合がある。医師との連携も十分でない場合も多い。これは医師側の壁が高いとの意見もある。また契約や情報公開ができていない。急なサービス変更に対応しがたいなどの問題があり、ケアマネリーダーの養成、ケアマネジメント学会での認定が計画されている。現任研修の充実も重要な課題である。

痴呆症の要介護認定が軽いとの問題が当初より指摘されていた。そこで要介護認定調査検討委員会が設置され、要介護認定の改訂への取り組みを開始した。平成12年8月より平成14年3月まで10回委員会を開催した。その後訪問調査項目の見直し(ケアコード)を行った。平成13年に在宅・施設のタイムスタディの調査を行った。8項目の追加項目の全国調査を終了した。平成15年4月より新たな二次判定を開始する計画である。改訂一次判定の変更の要点としては調査項目が85から79へ(12減り、6増加)と変化し、樹形図分岐先端211から314へ変化した。運動の能力の低下していない痴呆への変更は二次判定で最終調整を行う。結果として実測ケア時間と推計ケア時間がより相関が高くなった。主治医意見書も十分に記載されていないとの批判もあった²⁾。

また要介護認定に費用がかかることも問題であ

る。1人あたり1万円から2.5万円も必要となる地域もある。このお金は一般財源からでており、地域においてかなりの負担である。

介護認定審査会の現状と課題としては多くの保険者で委員の交代が行われる。合議体により判定基準が異なる場合がある(対策:共通の事例検討を行うなど)。さらに介護認定審査会の委員の研修の必要性がある。合議体ごとの判定が異なることも問題になっており、要介護認定二次判定変更事例集を活用したり、共通の事例を検討することが行われている。

介護保険の変化と今後の展開としては平成15年4月には介護報酬の見直しが行われ、介護保険料の改定が行われた。さらにシステム上は要介護認定の見直しも行われる。今後の当面の方針として介護予防の充実と個別リハの導入である。たとえばパワーリハビリの導入である。さらには痴呆介護の充実である。

21世紀の痴呆ケアとして、痴呆症は治療し、予防する時代になり、脳ドックなどで早期診断する時代になってきている。介護保険におけるケアの進展、痴呆のアセスメントとチームアプローチの進展、バリデーションとDCM(痴呆ケアマッピング)(共通点はPerson Centered Care)、在宅でのケアの進歩、高齢者虐待への対策(ネットワークング)、介護施設での身体拘束(抑制)の禁止、施設入所(大規模)から家庭的なグループホーム、ユニットケア(小規模)での生活支援が行われている³⁾。

介護予防事業の推進として、寝たきりの予防(早期リハビリ)、転倒・骨折の予防(リハビリ)、誤嚥性肺炎の予防(嚥下のリハビリ)、痴呆介護予防、高齢者食生活改善事業運動指導事業他、目的は医療費、介護費用の削減と健康増進が重要である⁴⁾。

地域ケアの主役は高齢患者であり、脇役はかかりつけ医師、訪問看護、介護支援専門員、訪問介護であり、デイサービス、デイケア、ショートステイは在宅の要で、予防医療の重要性がいわれており、地域連携が重要であることはいうまでもな

いが、現実はなかなか困難である。医師とケアマネ、病診連携、病病連携など、病院、介護施設、在宅の連続的な一体化したサービスが望まれる。

地域ケアの要件としては在宅医療と介護保険が基盤となり、アセスメントとチーム医療、地域連携が重要であり、かかりつけ医師、訪問看護、介護支援専門員、訪問介護が協力する、介護サービスの利用がかかせない、緊急ショート、緊急入院などの対応が必要であるが、施設の利用もかかせない、ボランティアの利用、生活支援、在宅ターミナルケアが重要である。

4. 介護保険改正への提言

平成17年4月には介護保険法が改正される予定である。被保険者の年齢引き下げが検討されている。さらに要介護対象者として障害者が検討されている。そのためには要介護認定法も大きく変更される可能性がある。介護サービスの内容や量が増える可能性があり、社会的にも問題となろう。そのためにも論議を尽くす必要がある。疾患としては痴呆症の克服が最大の課題である。研究者、現場の介護職、看護職が協力して対策を考える必要がある。さらには赤字市町村の対策も十分に行う必要がある。また介護支援専門員の現任研修や介護報酬上も働きやすい環境を形成する必要

がある⁵⁾。

5. おわりに

介護保険は21世紀の医療・福祉にかかせないものとなっている。介護保険の長所は介護の社会化、福祉のビッグバンであった。介護保険は改定、修正しつつ、よいものへと見直しをしていく必要がある。痴呆介護の充実と介護予防の重要性、地域ケアは連携が重要と考えられる。それには精神科医もケア担当者会議への参加、専門医としての診療、介護認定審査会への参加などが求められる。

文 献

- 1) 遠藤英俊ほか：介護保険制度への対応。アルツハイマー病（痴呆症）のケア、脳の科学（臨時増刊号）280-290, 2000
- 2) 遠藤英俊：主治医意見書の書き方。臨床医 26(2), 97-107, 2001
- 3) 遠藤英俊, 水野 裕：老人福祉施設における利用者の最近の動向。老年精神医学雑誌 13(12), 1396-1398, 2002
- 4) 遠藤英俊：新しい回想法。分子精神医学 3(1), 71-76, 2003
- 5) 遠藤英俊：介護保険の改訂への提言。老年精神医学雑誌 12(5), 492-495, 2001

第45回日本老年医学会学術集会記録
〈教育講演〉

高齢者の包括医療

遠藤 英俊

日本老年医学会雑誌 第41巻 第4号 別刷

高齢者の包括医療

遠藤 英俊

〈要約〉 包括医療とは高齢者に対して、総合機能評価を行い、チーム医療を提供することでより全人的医療の提供をめざすものであり、急性期医療、亜急性期医療、リハビリ、慢性期医療、在宅医療を含む、Seamless careの総合的医療システムである。本稿では高齢者医療において抱える様々な現状と課題について取り上げた。一般病床では在院日数の短縮が求められており、高齢者のクリティカルパスの重要性や、退院支援のための入院スクリーニングが重要な意味を持つ。さらに高齢者がいかに自宅や施設に退院するかについて、介護システムの利用が欠かせないまた全人的医療をめざす上でもEBMだけではなく、NBMの重要性など今後の高齢者医療の展開についてデータを示しつつ、さらにQOLの向上や介護者支援の重要性を示し、高齢者医療の現状と課題について概説を述べた。

Key words : 包括医療, 全人的医療, NBM, 退院支援

(日老医誌 2004; 41: 375-377)

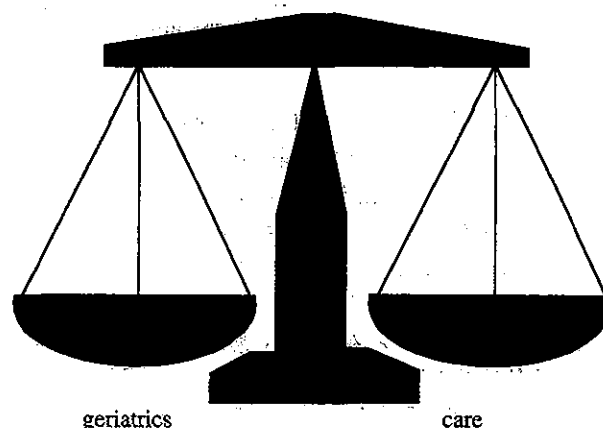
はじめに

高齢者医療において、全人的医療を行うために、総合機能評価やチーム医療が欠かせないことは周知のとおりである。さらに退院支援を行う上で、退院困難なケースを早期に発見し介入することが重要であり、現実的には臨床の場で組織や時間、人材の問題があり、実践は難しい場合が多い。そこで本稿では現状をふまえ、今後の高齢者の医療のめざす「包括医療」について、定義、内容について現状を概説する。

包括医療について

包括医療とは（今後の高齢者医療のモデルとして）包括医療とは高齢者に対して、定額制の医療（いわゆるまるめ）のことでなく、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment）の包括アセスメントから由来し、チーム医療を根幹として、全人的医療を行うことである。高齢者医療の新たなモデルであり、急性期医療、亜急性期医療、リハビリ、慢性期医療、在宅医療を含む、Seamless careの総合的医療システムである。Figure 1に国立長寿医療センターが当面目標として包括医療を図式化したものを示す。

新しい包括医療の全体的なコンセプトとしては高齢患者を対象に総合機能評価を外来や入院に際して実施し、それをもとに多職種からなるチーム医療を行う。疾患の治療にとどまらず、ADL、IADLならびに抑うつや認知機能の維持、改善を行う¹⁾²⁾。嚥下、転倒、寝たきり予防



Goal : Improvement of QOL and excellent Geriatrics
 EBM と NBM (Narrative Based Medicine)

Figure 1 Concept of geriatric medicine

など老年症候群の治療・予防を行う（高齢者リハビリ）、退院支援を行う（入院時スクリーニング、介護者教育、介護サービスの支援）、QOLの向上など、心のケアをふくめた全人的医療を行う（QOLの評価、NBM）ことである。Figure 1にこのコンセプトを図式化したものを示した。医療とケアがバランスよく提供されることが重要であり、最終的にはQOLの向上をめざすことが求められる。

高齢者総合機能評価とチーム医療

高齢者総合機能評価の内容としては、現在もっとも一

H. Endo : 国立長寿医療センター包括診療部

Table 1 Comparison between group with critical pass and without critical pass for patients with dementia

| | CP 不使用群 | CP 使用群 | p 値 |
|-------------------|---------------------|---------------------|---------|
| 在院日数 (日) | 31.2 ± 6.7 | 25.3 ± 5.9 | < 0.005 |
| 保険点数 (点) | 65,225.5 ± 10,322.2 | 57,200.2 ± 10,713.1 | 0.02 |
| 心理検査終了までの期間 (日) | 11.2 ± 6.1 (n = 17) | 11.3 ± 5.4 (n = 21) | 0.95 |
| 脳波検査までの期間 (日) | 4.6 ± 2.5 (n = 10) | 9.8 ± 3.6 (n = 15) | < 0.001 |
| MRI 検査終了までの期間 (日) | 3.7 ± 2.2 (n = 17) | 6.8 ± 1.7 (n = 21) | < 0.001 |
| SPECT 検査までの期間 (日) | 12.4 ± 6.1 (n = 18) | 11.8 ± 6.1 (n = 22) | 0.72 |
| 全検査期間 (日) | 17.9 ± 6.3 | 16.6 ± 5.0 | 0.46 |
| 介護者との面接までの期間 (日) | 20.3 ± 6.8 | 17.1 ± 6.1 | 0.11 |
| 検査終了から退院までの期間 (日) | 13.4 ± 5.9 | 8.7 ± 5.6 | 0.01 |

Table 2 Screenig for discharge planning (by Prof Murashima)

| | |
|---------------------------------|---|
| Age | (> 75 : 2, 65-74 : 1, < 65 : 0) |
| ADL | (Need help : 2, Watching : 1, Self-dependent : 0) |
| Cognitive function | (Disturbed : 2, Suspicious : 1, Intact : 0) |
| Families | (Alone : 2, Couples : 1, > 3 persons : 0) |
| Trouble of family care | (Exist : 2, none : 0) |
| Use of long term care insurance | (Yet : 2, under application : 1, Already : 0) |

* (> 8 point is high risk group)

一般的な質問項目は Barthel Index, 老研式活動能力指標, GDS15, MMSE, 社会機能の評価が一般的であり, 目的によっては SF36, Zarit 介護負担感尺度なども利用される. より簡便で有用な新しい指標の開発と簡易版の開発と機能評価の臨床応用が課題である. 国立長寿医療センターにおいても, 長寿データベースを作成する計画であり, ナショナルセンター, 国立病院, 療養所において行う. 長寿医療における臨床機能評価がその骨格となる. 入院時, 退院時の Barthel Index のデータベース化, 痴呆症の治療対象者のデータベース化が計画されている. さらに高齢者チーム医療の必要性はいうまでもない. 医師, 歯科医師, 看護師, 薬剤師, 心理士, 理学療法士, 作業療法士, 栄養士などと連携が重要である. それぞれの役割が果たせるよう医学診断のみならず, 機能評価を行い, カンファレンスをひらき, 全員の意思統一をはかり, 目標を設定する. 老年科医はそこでコーディネータとして活動する.

臨床で最近話題なのは高齢者クリティカルパスである. 高齢者には急性期と慢性期医療の両者が必要であり, 高齢者ではクリティカルパスが適応しにくい状況がある. つまりバリエーションが多いからである, しかしパスの利用は高齢者総合機能評価とチーム医療の推進にはよい. インフォームドコンセントの改善, 診療・看護内容の標準化に必要である.

高齢者クリティカルパス

高齢者クリティカルパスの利用については今後の課題であるが, 我々は厚生労働省効果的医療技術の推進確立に関する研究で一般病床における痴呆性高齢者のパスの作成に関する研究班を組織し, 研究を行った. 数井らのデータでは痴呆性高齢者のパス使用例と不使用例の比較の結果を Table 1 に示す. その結果, パス表を利用することで在院日数の短縮がはかれ, 医療費が軽減でき, 検査までの時間は逆に延びたものの, 検査後から退院までの日数が短縮したことを意味している.

高齢者退院支援

高齢者退院支援の重要性はいうまでもない. 在院日数の短縮と本人介護者の満足の確保が条件であるが, 入院時スクリーニングの重要性, 高齢者クリニカルパスの使用, 介護者教育, 看護師, ケースワーカーによる支援, かかりつけ医, 訪問看護の紹介, または転院先の紹介 (適切な居住環境の確保) が鍵である. 村嶋らは退院支援スクリーニングに関する研究を行った. Table 2 に入院時スクリーニングを示す⁹⁾. これは退院困難に関するハイリスク患者のスクリーニングを行うものであり, 点数が高いと退院が困難なことが予想される. この指標の有効性が確かめられている.

高齢者医療関連

介護システムの動向としては、平成15年4月に介護保険の見直しが行われた（要介護認定法、保険料、介護給付費）。介護保険の利用なくしてはいまや高齢者の医療も福祉も語れない。そのために高齢患者が退院する際には十分な介護サービスの知識が必要となる⁹⁾。集団ケアから個別ケア、個室ケアへ移行し、グループホーム、ユニットケアへ変化しつつあり、さらに小規模多機能地域密着型ケアへ関心が移りつつある。さらに医師と介護支援専門員との連携が必要である。

NBM（ナラティブ ベイスト メディシン）はもともと精神科領域で患者の語りを医療に反映させようという試みであり、心のケアを高齢者医療に反映させる医療である。患者のアドボカシーを尊重する意味もある。

おわりに

高齢者医療・介護の標準化のためには高齢者総合機能評価が重要である。高齢者総合機能評価をより簡便にし、チーム医療のできる体制を構築し、退院支援に繋げる必要がある。クリティカルパスの利用によりチーム医療の確実性が増す。また心のケアのためのシステム化（NBMなど）が必要である。最後にこうした包括医療研究には研究費の支援が必要である

謝辞：本稿の研究協力者は杏林大鳥羽研二教授、神戸大桜井孝助手、名古屋大梅垣宏行助手、大阪大学数井助手、東京大村嶋教授、岩手県立大野村教授の方々である。多大のご協力で感謝する。

文献

- 1) Wada T, Matsubayashi K, Ishine M, Fujisawa M, Kita T: Depression screening of Japanese community-dwelling elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2003, (in press).
- 2) Ho HK, Matsubayashi K, Wada T, Kimura M, Kita T, Saijyo K: Factors associated with ADL dependence. —A comparative study of residential care home and community-dwelling older people in Japan. *Geriatrics & Gerontology International* 2002; 2: 80—86.
- 3) Murashima S, Nagata S, Toba K, Ouchi Y, Sagawa Y: Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan: Implications for improving hospital programs. *Nursing and Health Sciences* 2001; 2 (3): 153—161.
- 4) Masuda Y, Kuzuya M, Uemura K, Yamamoto R, Endo H, Shimokata H, et al: The effect of public long-term care insurance plane on care management and care planning in Japanese geriatric hospitals. *Arch Gerontol Geriatr* 2001; 32: 167—177.

Abstract

Comprehensive geriatric medicine

Hidetoshi Endo

This paper is written to make clear the new medical system in the elderly and to standardize of Geriatrics and care. There are two major important components in geriatrics and geriatric care which are comprehensive geriatric assessment and team approach. But this is sometimes difficult to do geriatric medicine. This goal is to make clear the usefulness of comprehensive geriatric assessment (CGA) and team approach. And the research purpose is to make standardization of geriatric medicine and care of elderly patients and organization of professionals.

I have studied QOL of elderly people in the community. The scale, SF36, was used in this study. I compared with QOL between elderly with dementia and healthy elderly. QOL was studied with statistical analysis of SPSS. Physical function and symptomatic vitality in lower items of QOL were much better in health people than demented elderly. But global subjective health was much better in demented elderly than healthy people in the community. And I made clinical path of dementia for examination in the hospital. The results were clinical path made clear the importance of team approaches and standard of medical course in the hospital. It was helpful in medicine and care and its bindings.

Dr. Murashima and her group have developed a new check list of screening risk factor of long stay of elderly inpatient. And they studied about the effects of supportive group for discharge using assessment and team approaches. This unit has a good function which support home care of the elderly patients.

Finally narrative based medicine is very important to take care for the elderly patients. It has been lacked to do the present medicine for the elderly patient by evidence based medicine.

In conclusion, for the standardization of geriatrics, CGA is useful for support for the frail elderly and team approach is good for staff communication through team conference.

Key words: *Comprehensive Geriatric medicine, NBM, CGA, Clinical path*
(*Jpn J Geriatr* 2004; 41: 375—377)

National Center for Geriatrics and Gerontology, Department of Comprehensive Geriatric Medicine, Director's

高齢者医療の現状と展望

VI. 最近のトピックス

1. 諸外国における高齢者医療の現状

遠藤 英俊 大島 伸一 三浦 久幸 大西 丈二
梅垣 宏行 鈴木 裕介 井口 昭久

トピックス

VI. 最近のトピックス

1. 諸外国における高齢者医療の現状

遠藤 英俊 大島 伸一 三浦 久幸 大西 丈二
 梅垣 宏行 鈴木 裕介 井口 昭久

要 旨

高齢者医療の歴史は比較的新しいが、歴史的に1940年代よりヨーロッパやアメリカで始まり、世界の人口の高齢化に伴い、日本においても1950年代よりその重要性が増し、さらには韓国、中国などのアジアでも老年医学に関心が高まってきており、高齢者医療の重要性ならびに必要性が高まり、国際交流の重要性が増している。共通のテーマとしてはアルツハイマー病や長期介護の研究、高齢者医療の学生教育などがある。
 [日内会誌 93:2599~2602, 2004]

Key words : 高齢者医療, 国際老年学会, 国立長寿医療センター

はじめに

海外の高齢者医療の取り組みは日進月歩であり、主にアメリカ、ヨーロッパなどの高齢化が進んだ先進国を中心に進められている。ここ数年、隣国である韓国でも老年医学が注目され、介護保険の導入も検討されている。日本は高齢化率が19.5%を越し、いち早く超高齢社会を迎えようとしており、我々の経験が人類にとって初めての経験であり、高齢者医療と介護保険を始めとする我々の経験や知識が諸外国の参考にされようとしているのは間違いがない。しかし今日諸外国の現状を学び、日本の高齢者医療について今後を検討することは意義がある。

1. 高齢者医療の世界史

歴史的にはフランスのCharcotが老年医学の概念を提唱したとされている。またアメリカのOslerは「肺炎は老人の友」と述べた。1912年には東大の入沢達吉教授は自著「内科学」において「老年医学は将来重要かつ必要な学問になる」と指摘した。1942年アメリカ老年医学会が発足した。1945年にはアメリカ老年学会が発足した。ヨーロッパでは1947年には英国老年医学会が発足した。一方日本では1958年に日本ジェロントロジー学会が日本老年学会に名称を変更し、日本老年医学会と共にスタートした¹⁾。

現在4年毎に世界老年学会議が開催されている。老年学とは老年医学、老年社会学、基礎老化学などの包括的な学問であり、老年学としては日本ではまだ認知度が低い、海外で重要性が認められているし、研究者も多い。

えんどう ひでとし, おおしま しんいち, みうら ひさゆき: 国立長寿医療センター包括診療部
 おおにし じょうじ, うめがき ひろゆき, すずき ゆうすけ, いぐち あきひさ: 名古屋大学加齢医学講座

表 1. EAMA の 2005 ~ 2006 の主なテーマ

| |
|--|
| 1. NUTRITION IN THE ELDERLY : its main related consequences |
| 2. NEURO- and PSYCHIATRY-GERIATRICS |
| 3. COMMUNICATION with the very old patients and within the interdisciplinary geriatric team |
| 4. MANAGEMENT OF A GERIATRIC TEAM/WARD/NETWORK : academic medicine art vs. economic constraints |

表 2. Formal Learning in Geriatric Medicine in Asia

| Asian Places | Medical Faculties Professorial | | Geriatric Medicine | |
|--------------|-----------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| | Total Department | no.# | Ugrad Cur. Total Pgrad Cur. | no.# |
| Hong Kong | 2 | 2 | 2/2 | Yes |
| India | 140 | 0 | 0/140 | No |
| Indonesia | 25 | 5 | ?/25 | Yes |
| Japan | 79 | 22 | ?/79 | Yes |
| China (PRC) | 118 | ? | ?/118 | ? |
| Philippines | 30 | 0 | 2/30 | Yes |
| Singapore | 1 | 1 | 1/1 | Yes |
| S. Korea | 34 | 20 | 3/34 | — |
| Taiwan | 10 | 0 | 4/10 | 0 |
| Thailand | 10 | 0 | 6/10 | Yes |

Ugrad Cur. = undergraduate curriculum

Pgrad Cur. = postgraduate curriculum

? = data not provided or not available

2. アメリカ

国家としては若いですが、老年医学に取りくんだのは比較的早かった。ここまで米国の老年医学が発達した原因の一つにロバートバトラー博士の影響が大きいと思われる。彼は1960年代に国立老化研究所の所長をつとめ、その後ニューヨーク、マウントサイナイ大学に老年医学講座の教授をつとめた。現在も活躍中で国際長寿センターの理事長で、世界を相手に活躍を続けている。

国立老化研究所を中心に老年学、老年医学の研究と外部の研究支援を行っている。基礎研究が中心であるが、研究費も莫大であるし、研究者の層も厚い。老化と老年病の研究において世界をリードしている。特にボルチモア縦断研究

は有名である。各地区の大学には老年科があり、高齢者医療の研究を行っている。縦断研究もふくめ、歴史的にも老年医学の層が厚い。アメリカの医学教育において10年前には老年医学が独立したコースになっていたのは、カンサス大学医科学校、ケンタッキー大学医科大学、アルバート・アインシュタイン医科大学、マウントサイナイ医科学校、ウェイク・フォレスト大学、ボウマングレイ医科大学、ペンシルバニア医科大学、ユタ大学医科学校、イースタンヴァージニア医科学校などの8大学などであるが、今ではミシガン大学やデューク大学、カリフォルニア大学などでも老年科医が業績をだしてきているが、departmentになっているのはニューヨークのマウントサイナイ大学だけである²⁾。しかしドクターフィーの問題もあり、老年科医のニーズが

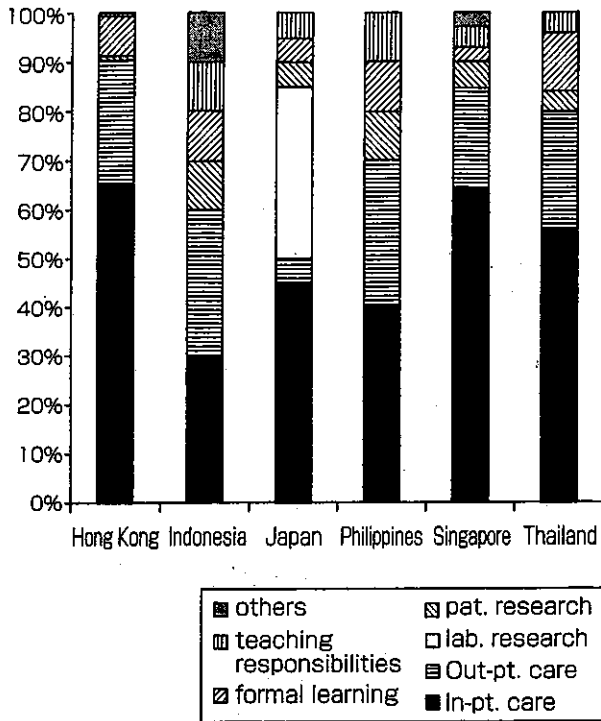


図. Geriatrics post-graduate trainees allocation of time by activity

高いのに比べ、プライマリーケア医を選択する学生が多いようである。老年学も老年医学の教科書もアメリカから多く排出されている。つまり研究者の層が厚く、世界的にもレベルが高い。

3. ヨーロッパ

イギリスでは1940年代初めより高齢者医療に取り組んでおり、1947年には英国老年医学会が発足し、その活動は継続されている。イギリス老年科医の臨床と研究は脳卒中を主な対象疾患としており、ニューカッスル大学にはオリバー・ジェームズらが率いる老年科講座があり、日本の老年医学会のメンバーとも交流がある。

スイスではいくつかの大学に老年医学講座があるが、ジュネーブ大学のMichel教授がひきいる老年医学教室ではリハビリ病院や精神科病棟、緩和ケア病棟とともに600床を超える老人病院を運営している。急性期から慢性期医療に対応している。

オランダにはいぜんから老化研究所があり、大学と連携し、研究を続けている。Geronototechnologyを含んだ老年病の研究を行っている。

スウェーデンではWinbrad教授らが中心となり、老年医学講座を開設している。老年医学教育のみならず、アルツハイマー病の研究も精力的に行われている。

こうした各国の取組をふまえ、EUではEUROPEAN UNION GERIATRIC SOCIETYという老年医学の合同団体ができており、さらにEuropean Alzheimer Disease Consortiumというアルツハイマー病を対象にした共同研究グループもある。またEuropean Academy for Medicine of Ageing (EAMA) という老年医学の教育を促進する組織ができており、多くの国と研究者が参加している。EAMAの研究テーマを表1に示した。

4. アジア・オセアニア

韓国においても、ここ数年高齢化の問題には関心が高まっており、介護保険の導入も検討されている。すでに老年医学会ができており、学会活動を行っているが、「内科の一分野」として位置づけられている。また日本老年医学会との交流もあり、毎年どちらかの国で研究会を開催している。今後の活動が期待される。

最近中国でも高齢化が問題となりつつある。つまり一人っ子政策の負の部分が増えてくること、さらに高齢者全体が豊かになり、老後の準備が個人でも、社会保障の面でも整う前に中国社会は急速に高齢化しつつあることが憂慮されている。最近老年学センターが設立されたと聞く、高齢者医療の確立が求められている。香港ではいぜんより老年学の研究者の層があつく、充実している。英国の影響もあると思われる。

オーストラリアでは歴史的にイギリスの影響が大きく、いぜんより老年医学、老年学が盛んであり、ガリーアンドリュースが前世界老年学

会会長を務めたことに示されるように、世界の老年学のリーダー的存在である。また各地の大学にも老年科があり、老人看護か介護の分野でも教育に熱心である。表2にアジア各国の老年医学講座の一覧を示した。また図にアジア各国の学生教育の内容の時間配分の一覧を示した³⁻⁹⁾。

おわりに

高齢者医療問題は全世界的にスピードの差はあるものの、そのニーズは高く、今後も重要性は増すものと思われる。世界的に情報交換と交流をしつつ、発展していく必要がある。その中心となるのは日本である。しかし高齢者医療においてもエビデンスが必要であり、EBMが求められる。さらにNBM(Narrative Based Medicine)が今後重要となるであろう。こうした医療を包括的に体系化した高齢者医療のシステム化が今後必須である。国立長寿医療センターでは自立

と健康長寿をキーワードに今後この分野の発展に寄与したいと考えている。また国際的にも認知され、成果を発信してゆく計画である。

文 献

- 1) 老年医療・医学史年表—日本と世界における系譜—, 老年医療の歩みと展望viii-x. 日本老年医学会編集. メジカルビュー社, 東京, 2003.
- 2) 日本における老年医学教育の比較, 「寝たきり老人の日米比較研究」1993.
- 3) Michel JP: Geriatric Programs and department Springer Pub Company, NY, 1998.
- 4) Grimley Evans J: Geriatrics in New Europe. Age and Ageing 23: 177-178, 1994.
- 5) Schneider EL: The Growth of Gerontology and Geriatrics in the United States. Jpn J Geriatr 29: 381-384, 1992.
- 6) Hogan DB, et al: History of Geriatric Medicine in Canada. Am J Geriatr Soc 45: 1134-1139, 1997.
- 7) Andrews GA: Gerontological Education in Australia. Jpn J Geriatr 29: 375-377, 1992.
- 8) United Nations publication, Vol. I and II. World Population Prospects: The 1998 Revision.
- 9) Kumar V: Ageing in India-an Overview. Indian Journal of Medical research 106: 257-264, 1997.

新しい地域ケアのありかた

安西信雄

日本医師会雑誌特別号『精神障害の臨床』別刷
日本医師会雑誌 第131巻 第12号 平成16（2004）年6月15日発行

新しい地域ケアのありかた

安西 信雄

「統合失調症」の「地域ケア」という言葉に違和感を感じる方もおられるかもしれない。「精神分裂病」の呼称は「統合失調症」に変更されたが、そもそも「精神分裂病」と呼ばれていた病気が「地域ケア」に馴染むのか、という疑問を持つ方もおられるかもしれない。

統合失調症への呼称変更には、本人や家族が受け入れやすい病名に変えるということと同時に、医療機関をはじめとする社会の側の偏見をなくし、社会参加を推進しようという意図があった。こうした意図を実現するためには「統合失調症は地域ケアで対応できる病気なのか」「どのような地域ケアがあればそれが実現できるのか」という問いに答えることが必要になる。

わが国の精神科医療は入院中心から地域ケアへの転換に直面している。まだ十分な実績はないが、新しい地域ケアのありかたを構想する材料は得られている。地域ケアを可能にするためには、患者の生活能力・疾病自己管理能力を向上させる治療・リハビリテーション技術と、個々人の支援ニーズに柔軟に対応できる地域支援体制の両方が必要である。欧米で発展してきたこうした技術や方法が、わが国においても実践されるようになってきた。前者の例がSST (Social Skills Training, 社会生活技能訓練) であり、後者の例がACT (Assertive Community Treatment, 包括型地域生活支援プログラム) である。本稿では、わが国における統合失調症治療の歩みを手短かに振り返り、これらの新しい技術や方法を紹介しながら、わが国における地域ケアのありかたを考えたい。

わが国における統合失調症治療の歩み

かつて「精神分裂病」は予後不良と考えられ、その診断が入院治療を意味する時代もあったが、塩酸クロルプロマジンやハロペリドールを代表とする抗精神病薬が登場して院内作業療法が活発になり、退院する患者も増えた。しかし、過剰な鎮静やパーキンソン症状などの副作用も少なくなかったため、治療継続や地域生活が難しいことも多かった。近年、非定型抗精神病薬と呼ばれるリスペリドンやオランザピン、フマル酸クエチアピン、塩酸ペロスピロンなどが導入され、副作用を減らしつつ従来型抗精神病薬と同等かそれ以上の効果が期待できるようになった。

わが国の精神科在院患者は約33万人で、そのうち約65%を統合失調症が占める。新しい入院患者の多くは1年以内に退院するが、長期在院患者の退院は少なく、1年以上の在院患者が70%を超え、在院患者は短期退院群と長期在院群の両極化の状況にある。人口万対在院患者数は、欧米諸国では5~10人であるがわが国では28人で、諸外国の2~3倍に相当する。注意する必要があるのは、非定型抗精神病薬が導入された後も在院患者数はほとんど減少していない点である。

厚生労働省の精神保健福祉対策本部は2003年5月15日に中間報告を発表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」転換する方向性を明らかにした。その中心的課題の1つが、精神科在院患者のうち受け入れ条件があれば退院可能と見込まれる、いわゆる「社会的入院患者」約72,000人を退院させることであるが、

その実現のためには居住サービスなどの生活支援施策とともに、本稿で述べる地域ケアの充実が必要となる。

SST（社会生活技能訓練）

統合失調症の再発は「ストレス-脆弱性」モデルに代表されるように、環境からのストレスへの代償不全により生じると考えられるようになっている。したがって、統合失調症の再発を防止し安定した地域生活を可能にするためには、環境からの要請に対応できる対処能力の向上が必要となる。

SSTとは、他者とのコミュニケーションや社会的役割遂行のうえで必要とされる行動レパートリーを生活技能 (social skills) ととらえ、認知と行動の改善に働きかける系統的な練習により意欲と能力向上を図る方法である。統合失調症は再発を繰り返すなかで陰性症状が次第に明らかになり、入院生活が長期に続くことによって自主性が損なわれて施設症 (ホスピタリズム) が生じやすいという特徴がある。SSTはこうした生活・行動面における障害 (生活障害) を改善するために認知行動療法の1つとして米国・UCLAのLieberman

表1 社会生活技能訓練(基本訓練モデル)のセッションの流れ

1. はじめの挨拶
2. 新しい参加者を紹介する
3. 社会生活技能訓練の目的ときまりを確認し合う
4. 宿題の報告を聞く
5. 練習課題を明確にする
6. ロールプレイで技能を練習する (表2参照)
次回までの宿題を設定する
→(次の人へ進み, 上記の4から繰り返す)
7. まとめ
8. 終わりの挨拶 (次回の予告)

らによって開発された治療技法で、わが国においても「入院生活技能訓練療法」として診療報酬に組み入れられ、1995年にSST普及協会が発足し、近年急速に普及している。

その要点は、「どういうことができるようになりたいですか」などの問いかけを通して本人の希望を受け止めること、アセスメントに照らして本人の希望を実現可能な課題に具体化して目標設定を促すこと、リハーサルやモデリングなどの「行動から体得する」方法を用いて系統的な練習を繰り返すこと、正のフィードバック (行動のよい点を褒める) を強調して意欲と自信を引き出すこと、練習場面で実行した技能を宿題を通して実生活で実践することを支援し般化 (generalization) を促すことである。これがSSTの基本訓練モデルである。その実施方法の概略を表1・2に示した。取り上げる課題は本人の希望に沿ってそのつど異なるが、表のように実施方法が決まっていること (これを「構造化された学習環境」と呼ぶ)、安心できる場でリハーサルと練習を繰り返すことにより実生活に必要な技能の学習を促すことが特徴である。

表2 ロールプレイによる技能練習のしかた

1. 場面を作る (だれを相手に、いつ、どこで、何をして、相手はどう反応して、結果はどうだったか)
2. 練習の際の相手を選び、本人と相手の言葉と態度を具体的に示す
3. 予行演習 (ドライラン) をする
4. 正のフィードバックを行う
5. 改善点を提示する
6. モデル行動を示す (モデリング)
7. 再演する
 - ・ 促し (プロンプティング): よいやりかたを促す
 - ・ コーチング: よいやりかたを指導し教授する
 - ・ 行動形成 (シェーピング): 一歩一歩練習する
8. 実生活場面での練習を計画し、宿題として具体化する
9. 宿題カードに宿題を書き込む

SSTは地域生活に必要な自信と対処技能の向上に有用であるが、さらに服薬や症状の理解と自己管理技能を向上させる学習プログラム（モジュールと呼ぶ）も実践されて効果をあげている。これを効果的に実施するためには、家族心理教育や下記の地域生活支援と結びつけて実施することが推奨されている。

ACT (包括型地域生活支援プログラム)

欧米では1950年代から精神科病院の閉鎖や縮小が進められ、患者の地域移行・地域定着のためのさまざまな試みが実施されてきた。それらのうち、米国で1970年代初期に重度の慢性障害者を対象に実施されたProgram of Assertive Community Treatment (PACT) は、入院率の減少、入院期間の短縮、地域生活の安定、患者の高い満足度などの効果があり、症状軽減、QOLの向上も得られるなどの顕著な成果をあげた。その後の追試によっても効果が確認され、これがACT (アクト) として重症の精神疾患患者に対する地域ケアの国際的な標準となった。

ACTの要点は、従来であれば入院が必要とされるような重症の精神障害患者に対して、地域生活を支える医療や種々の生活上のニーズに関する多彩な援助を24時間・365日、生活の場に出向いて継続的に実施することにある。危機介入や服薬管理、就労支援、SSTなどの幅広い支援を高い密度で提供することになるので、スタッフ当たりの担当ケースを10人前後に制限し、医師を含む多職種チームの10～12人が100人程度の患者を担当する。

わが国で初めての本格的なACTが、2002年度からの準備を経て、2003年度から国立精神・神経センター国府台地区(千葉県市川市)において塚田、伊藤、西尾らにより実施され

ている。チームスタッフは、チームリーダー1名(精神保健福祉士、以下PSW)、プログラスマネジャー1名(PSW)、精神科医1名のほか、ケースマネジャー10名(看護師2、作業療法士2、心理士1、職業カウンセラー1、リハビリテーションカウンセラー1、PSW2、シニアレジデント精神科医1)で構成されている。対象患者は、国府台病院精神科病棟への入院患者のうち、頻回の入院歴や精神科救急の利用、通院中断歴などを有する統合失調症等の精神疾患患者で、生活障害のために日常生活に支援を要する者である。これらの対象に対し、ケアプランに基づく訪問を中心とした幅広いサービスが多職種チームによって展開されている。

ACTには医療機関を基盤にするものと地域機関を基盤にするものが想定されているが、国府台地区における試みは医療機関モデルに相当する。ここで得られる成果は、今後の地域型ACTやケアマネジメントの展開にも大きなインパクトを与えることが期待される。

おわりに

統合失調症治療は地域ケアの方向に向かい、住み慣れた地域の中での普通の生活を可能にするノーマライゼーションが強く求められるようになってきている。欧米の職業リハビリテーションにおいては、「訓練した後で就労させる」方式よりも、「実際の職場で訓練を行う」援助付き雇用(supported employment)がより効果的であることが示されている。こうした発想の転換は、就労支援はもちろんのこと、退院を促進し地域ケアを推進する際に重要となる。地域生活のチャンスの提供と、その実現を支援する技術と支援体制が同時に求められているのである。

精神障害者の地域ケアの中での社会生活技能訓練

安西 信雄 池淵 恵美

行動療法研究

第30巻第1号

〈展 望〉

精神障害者の地域ケアの中での社会生活技能訓練

安西 信雄* 池淵 恵美**

要 約

わが国の精神保健分野における社会生活技能訓練 (SST) の本格的な導入は、1988 年の米国 UCLA の Liberman 来日から始まった。その後約 15 年の発展経過を SST の普及状況に関する 6 回のアンケート調査にもとづき検討した。その結果、① SST は生活行動の改善を目標にデイケアを中心に開始され、② 診療報酬化 (1994 年) 以後は医療機関だけでなく非医療機関においても実施施設数の増加がみられ、③ 対象の拡大 (統合失調症以外の気分障害や神経症圏、さらに司法など医療以外の対象へ) と技法の多様化 (基本訓練モデルに加えて各種モジュールも実施) の傾向が認められた。普及の過程で生じた誤解や批判について検討し、普及における SST 普及協会の役割を検討した。SST に関連した研究報告の経年推移を検討し、研究の動向を概括した。今後のわが国の地域ケアへの転換に関連して、生活の場での行動改善、長期入院患者の退院促進等に SST が寄与すべきことを考察した。

キー・ワード：統合失調症 脱施設化 地域ケア 社会生活技能訓練 (SST)

本論文の目的

わが国における行動療法の発展経過について、内山 (1999) は日本行動療法学会が発足した 1976 年以降の四半世紀を回顧し、わが国の行動療法が「方法論の多角化、研究対象の拡大、関連領域の多岐化、会員数の増加」などの点で発展し、研究内容も諸外国に比肩しうるレベルに達して 2004 年に国際会議を開催するに至った成果を述べるとともに、こうした発展の過程で遭遇した誤解や偏見について述べた。ここで行動療法は「その基礎となる学習理論の性格上、他の心理医療諸技法に比して格段に多くの誤解・偏見にさらされている」とされ、「誤解・偏見」の例として、「人間-動物同一視説」「末梢技法説」「機械的-冷酷療法説」「臨床・実践遊離説」「認知欠落説」があげられた。これらの背景に、教育制度の不備や、行動療法の「鋭角的な学習理論」より「わび、さび」や「曖昧

さ」を好む日本の文化的風土の影響が考察された。行動療法の発展は、実証的な成果の蓄積によって、これらの「発展上の隘路」を克服してきた過程とすることができるであろう。

社会生活技能訓練 (social skills training; 以下、SST と略す) は行動療法から出発し、米国における精神障害者の脱施設化 (deinstitutionalization) の中で疾病自己管理を含む包括的な地域生活支援プログラムとして発展し、1988 年の米国 UCLA の Liberman の来日を契機にわが国での本格的な実践が開始された。わが国における SST の歴史は約 15 年であり、行動療法の 25 年余の歴史と比べ短く、発展途上の状況にあるが、その過程で内山 (1999) の指摘と類似した状況にも遭遇した。SST は教育分野で早くから開始され、近年司法や労働などの分野にも広がりつつあるが、「入院生活技能訓練療法」として精神科専門療法に位置づけられるなど精神科医療分野における普及が特色といえるであろう。

わが国の精神科医療は、入院中心から地域ケアへの転換の時を迎えている。SST は上述の

*国立精神・神経センター精神保健研究所

**帝京大学医学部精神科学教室

(2003(平成 15)年 7 月 16 日受理)